Aus der Privatabteilung von Herrn Prof. Hannes

Indikation und Prognose der vaginalen Totalexstirpation des Uterus

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der

Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

Der Hohen Medizinischen Fakultät

vorgelegt von

Josef Thomitzek

Breslau 1928

Druck Anton Schreiber, Breslau

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

1. Berichterstatter: Professor Dr. Hannes
2. = = = Fraenkel

.....

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Indikation und Prognose der vaginalen Totalexstirpation des Uterus.

Das Verdienst, als erster die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen zu haben, gebührt dem Constanzer Arzte Sauter. Er nahm diese Operation im Jahre 1822 an einem carcinomatösen Uterus vor und gab bei der Veröffentlichung des erfolgreichen Falles [1]) gleichzeitig den Operationsplan an. Nach A. von Franque [2]) Döderlein u. a. liegen die ersten Versuche viel weiter zurück.

Bald jedoch stellte es sich heraus, daß die Erwartungen, die man auf diese Methode gesetzt hatte, sich infolge der fehlenden Asepsis nicht erfüllten. Dennoch fehlte es nicht an Gelegenheit, diese Operation immer wieder vorzunehmen. So waren es besonders Blundell, Recamier, Roux, Dieffenbach u. a., die diese Methode, wenn auch in etwas veränderter Form, als sie von Sauter angegeben war, anwandten. Trotz der verschiedensten Modifikationen blieb die Mortalität auch fernerhin erheblich. Daher war es nicht erstaunlich, daß die Operation immer seltener ausgeführt wurde, um endlich ganz in Vergessenheit zu geraten.

Als Freund am 30. 1. 1878 als erster die Totalexstirpation per laparotomiam vornahm, glaubte man die richtige Operationsmethode gefunden zu haben und verließ vollends den Weg per vaginam. Indiziert war diese Operation bei Corpusca, Cervixca, Sarkom. Freudig und mit Enthusiasmus wurde die Operation von den meisten Operateuren begrüßt und die kühnsten Hoffnungen auf die Erfolge gesetzt. Leider sollte es sich herausstellen, daß auch bei dem Wege per laparotomiam die Mortalität eine erschreckende blieb, obwohl die Antiseptik doch schon große Fortschritte gemacht hatte. So veröffentlichte schon im Jahre 1880 Ahlfeld [3]) die primären Resultate aller bis dahin bekannten Fälle und fand eine Mortalität von 72%. Andere fanden sogar eine größere Sterblichkeitsziffer

---

[1]) Die gänzliche Exstirpation der karzinomatösen Gebärmutter Constanz 1822.

[2]) Geschichte der Totalexstirpation des Uterus, Med. Diss. 1892, Würzburg.

[3]) Deutsche med. Wochenschrift 1880.

von 74%, z. B. Kleinwächter. Dadurch wurde man skeptischer, zumal durch den immerhin großen Eingriff sich bald schwere Folgezustände herausstellten wie Shock, Infektionen, Verwachsungen des Omentum mit der Bauchwand oder den Darmschlingen, ferner Bauchhernien in der Narbe. Man sah sich also genötigt, nach einer neuen, besseren Methode zu suchen, die die Mortalität herabsetzen, zugleich aber auch die Erfolge bessern sollte.

Dem Heidelberger Chirurgen Czerny blieb es vorbehalten, die vaginale Totalexstirpetion wieder aufzunehmen und weiter auszubauen unter der bedeutend verbesserten Antiseptik. Er nahm diese modifizierte Oper. per vaginam am 8. August 1878 vor. Der Erfolg war ein guter, trotzdem Czerny eine Blasenverletzung setzte. Die Frau genaß, starb aber nach einem halben Jahr an einem retroperitonealen Abceß. Er veröffentlichte diesen Fall und gab auch den Operationsplan an (Wiener med. Wochenschrift 1879 Nr. 45—49, siehe A. v. Franqué, med. Diss. Würzburg 1892 Geschichte der Totalexstirpation S. 33).

Es schlossen sich ihm bald eine ganze Anzahl von Operateuren an wie Billroth, Mikulicz, Schröder, Hofmeier, Olshausen und Martin, wenn sie auch den Operationsplan von Czerny abänderten. So konnte Schröder schon 2 Jahre später über 81 Fälle berichten mit einer Mortalität von 32%.

Somit war die Mortalität auf die Hälfte herabgedrückt und noch dazu bei einem nicht so schweren Eingriff. Nach und nach ging die Mortalität mit Verbesserung der Technik und Aseptik immer weiter herunter, sodaß schon im Jahre 1899 Piqué und Mauclaire eine Gesamtmortalität von 8,9% aller Fälle der gesammelten Weltliteratur angeben. Küstner-Hannes geben eine Mortalität von 8% an, aus dem Material der Breslauer Klinik während der Jahre 1895 bis 1901. Olshausen aus dem Material von 1892 bis 1906 sogar eine Mortalität von 6%. Er hatte unter 100 Fällen vaginaler Totalexstirpation wegen Ca uteri nur einen Todesfall. Man hätte also wahrlich mit solchen Erfolgen zufrieden sein können, wenn sich nicht herausgestellt hätte, daß ein sehr hoher Prozentsatz in den ersten 2 Jahren an Metastasen zu Grunde ging. Hofmeier verfolgte diese Fälle mehrere Jahre hindurch und fand die Prognose infolge des Auftretens der Metastasen stark getrübt. Winter verlangte späterhin eine 5jährige Nachbeobachtungszeit und bei Anlegung von Statistiken die Berechnung folgender Zahlen:

1. der primären Heilresultate,
2. der Dauerresultate,
3. der Operabilitätsprozente,
4. der absoluten Heilresultate.

Ad. 1. Die primären Heilresultate waren bei der vaginalen Totalexstirpation wie oben angegeben, sehr gute. Noch besser wurden die Primärerfolge, als man in der Indikation noch weiter ging und auch Myome, Endometritiden, Prolapse vaginal exstirpierte. So geben die einzelnen Autoren verschiedene Sterblichkeitsziffern an, die aber zum großen Teile von der Indikationsbreite abhängen, die die einzelnen hatten. Leopold gibt eine Sterblichkeit von 2,7%, Richelot von 2,6%, Landau von 4%, Martin von 5,2%, Martin und Olshausen sogar eine von 0% an. Der Tod erfolgte meistens an Sepsis oder infolge der Nebenverletzungen der Blase, Ureteren, Rectum. Die Häufigkeit dieser Nebenverletzungen wird verschieden angegeben: Olshausen 5,1%, Schauta 6,5%, Kaltenbach 11,9%, Fahling 6,5%, Laudan 3%, Chrobak 3%, Zweifel 6,9%, Pfannenstiel 3,9%.

Ad 2. Eine bekannte Erfahrung der Operateure war die, daß nur etwa ein Drittel der operierten Fälle frei von Recidiven blieb. Winter konstantierte am Material der Berliner Klinik, daß unter 260 operierten Fällen nur 33% dauernd geheilt blieben, Leopold hatte 53% Dauerheilung, Thorn 25%, Laudan 17%, Kaltenbach 25%, Schauta 26%, Zweifel 35,6%, Schuchardt 40 %, Ruge sogar 60%. Winter bezeichnete die Fälle als dauernd geheilt, die innerhalb von 5 Jahren kein Recidiv bekamen, das sich erfahrungsgemäß meistens nach 2 oder 3 Jahren einstellte. Andere Autoren wie Weibel bezeichnen die Dauer von 5 Jahren als zu hoch und meinen, daß ein Fall als dauernd geheilt zu betrachten ist, wenn innerhalb von 3 Jahren kein Recidiv eintritt. Man ging in den Statistiken noch weiter und trennte das Corpus-Ca und Portio-Ca, da die Prognose eines Corpuscarcinoms weit günstiger war als die bei Collum- oder Portio-Ca. Bei dieser Trennung fanden sich folgende Dauerresultate:

	Hals-Ca	Corpus-Ca
Olshausen-Schröder	30%	53,2%
Olshausen (1898—1902)	21%	40%
Leopold	50%	100%
Fritsch (1893—1902)	40,9%	48%
Pfannenstiel-Krömer	45%	86%
Zweifel	47,4%	77,7%
Laudan	22%	100%
Döderlein	28,5%	100%
Küstner-Hannes (1895—1901)	26,4%	
Schauta	26,4%	83,3%
Winter	30%	53,3%

(aus dem Material der Berliner Klinik)

Weitere Autoren siehe Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie.

Bei dieser obigen Aufstellung sind, gemäß dem Vorschlage Winters, von der Gesamtzahl der Operierten folgende Abzüge gemacht:

1. die an der Operation Verstorbenen,
2. die an anderen Krankheiten Verstorbenen,
3. die Verschollenen.

Ad 3. Unter Operabilitätsprozenten versteht man das Verhältnis der operierten Fälle zu den in gleicher Zeit in die betreffende Klinik aufgenommenen Fälle; daß dieses sehr schwanken muß, ist leicht begreiflich, wenn man bedenkt, daß die einzelnen Operateure verschiedene Indikationsbreiten haben, und schließlich auch das Material nicht in allen Städten und zu allen Zeiten das gleiche ist.

An Operabilitätsprozenten geben an:

Olshausen (1885—1891)	31,6%
(1905—1906)	57%
Leopold	20%
Kaltenbach	40%
Schauta (1905)	43,9%
(1905)	62,8%
(1908)	58,1%
(1910)	68,4%
(1913)	53,3%
(1914)	48,5%
Im Mittel also 48%.	
Wertheim	50%
Küstner-Hannes	22,8—30%
Küstner-Hannes	40%
Schuchardt	56—61%
Döderlein	70%
Krönig	78,9%
Franz	80,1%

Ad 4. Um absolute Heilresultate handelt es sich bei Kranken, die nach 5jähriger Nachbeobachtungszeit von allen denen noch am Leben sind, die die Klinik aufgesucht haben, gleichgültig, ob sie als völlig aussichtslos wieder weggeschickt oder nur palliativ behandelt oder operiert wurden.

Von den einzelnen Autoren werden verschiedene absolute Heilungsziffern angegeben: Olshausen-Schröder geben 9,6%, Olshausen 18—19%, Leopold 10%, Schauta 3,4%, Kaltenbach 8%, Runge 14,8%, Pfannenstiel 12,8%, Döderlein 19,6% an. Demnach können wir mit der einfachen vaginalen Exstirpation ungefähr 10—20% aller Karzinome heilen.

Winter untersuchte 220 Fälle auf ihren Ursprung und fand, daß als häufigstes und bösartigstes das Crevix-Ca vorkommt. Er stellte hier eine Dauerheilung von 28,2% fest. Dann folgt das Portio-Ca mit einer Dauerheilung von 47,1%.

Relativ am günstigsten ist das Corpus-Ca, das aber nur in 10% aller Fälle vorkommt. Absolute Heilungsziffer für das Collum-Ca geben die Operateure ziemlich gleichmäßig an: Olshausen 9,4%, Kaltenbach 7,2%, Küstner 9,2%, Leopold 8,2%, also im Mittel 10%. Im Laufe der Jahre hatten die Anhänger der vaginalen Totalexstirpation die Indikationen erweitert und operierten außer den malignen Geschwülsten auch noch Myome, Retroflexionen, Endometritiden, entzündliche Adnexerkrankungen, infektiös puerperale Prozesse, Uterusprolapse, Uterusrupturen und -inversionen. Nach den sich immer mehr bessernden Erfolgen der abdominellen Totalexstirpation nach Freund-Wertheim schien die Frage nach der Indikation der vaginalen Totalexstirpation um so stärker berechtigt. Wenn man letzterer auch die erheblich schwierigere Technik zum Vorwurf machte, so schien dies doch nicht Grund genug, die Methode fallen zu lassen, zumal sie bei ausgewählter Indikation der abdominellen Methode gegenüber folgende Vorzüge besitzt:

1. Die Mortalität war geringer, der Eingriff kleiner.

2. Die Operation war in lokaler Anästhesie ausführbar, was bei Herz- und Lungenkrankheiten sehr große Vorteile bot, da gleichzeitig der Blutverlust ein geringerer war und auch das Herz nicht in dem Maße geschwächt wurde, wie bei der Inhalationsnarkose.

3. Die subjektiven Beschwerden, der Operationsshock waren geringer.

4. die völlige Herstellung (keine Bauchhernien und Verwachsungen) ermöglichten der arbeitenden Bevölkerung die vollständige Leistungsfähigkeit.

5. Eine in der Bauchhöhle eventuell vorhandene Flüssigkeit konnte man gründlich entfernen und gut drainieren, z. B. auch bei eitrigen Beckenexsudaten, bei denen die Kolpotomie nicht genügte.

Ebenso wie auf anderen Gebieten der Medizin, so haben sich auch bei der vaginalen Totalexstirpation die Indikationen geändert. Einzelne sind seltener geworden, wie die vaginale Totalexstirpation bei Prolaps, andere wieder hinzugekommen. Im folgenden soll es nun meine Aufgabe sein, an Hand geeigneter Fälle aus der Privatklinik von Herrn Prof. Hannes über die Indikation und Prognose der vaginalen Totalexstirpation zu berichten.

Zunächst will ich die malignen Geschwülste, die ein Jahrhundert die Chirurgen beschäftigt haben und noch weiter interessieren, erörtern.

Auf das Carcinom bin ich schon genügend eingegangen, sodaß ich mich hierin ziemlich kurz fassen kann. Dabei be-

halte ich auch fernerhin die Trennung der Carcinome in Corpus-, Portio-, Collum-Ca bei.

Als man nun festgestellt hatte, daß sich die Karzinome auf dem Lymphwege verbreiten, und in die Umgebung hineinwachsen, sah man sich genötigt, die Zugangwege zu erweitern, um möglichst weit im Gesunden exstirpieren zu können. Dies hatte man früher nicht so sehr beachtet und sah infolgedessen eher Recidive auftreten. Als erster war es W. A. Freund, der darauf hinwies, daß man, um bessere Heilungserfolge zu erzielen, vor allem die Parametrien, und womöglich auch die regionären Lymphdrüsen entfernen müsse. Zu gleicher Zeit waren die Anhänger der vaginalen Methode bemüht, das an und für sich beschränkte Gebiet zu erweitern, um ebenfalls denselben Anforderungen zu genügen, nämlich das Beckenbindegewebe möglichst weit im Gesunden zu exstirpieren. Schuchardt gab als erster einen Erweiterungsschnitt an, und zwar den paravaginalen Hilfsschnitt, mit dessen Hilfe man auch fortgeschrittenere Fälle operieren konnte. Noch weiter ging Staude, der den paravaginalen Hilfsschnitt Schuchardts doppelseitig anlegte und hiermit eine Operabilitätsziffer von 72,3% erlangte. Weiterhin hat sich Schauta um die Entwicklung dieser erweiterten vaginalen Totalexstirpation verdient gemacht. Die erweiterten Operationsverfahren verfolgen also den Zweck, den anatomischen Ausbreitungswegen der Karzinome möglichst gerecht zu werden.

Durch die größeren Eingriffe stieg natürlich die primäre Sterblichkeit, dafür nahmen aber die Dauerheilungen zu. Schauta gibt an Hand von 698 mit der erweiterten Methode operierten Fällen eine primäre Mortalität von 7,3% an. Absolute Heilungsprozente bei der erweiterten vaginalen Totalexstirpation bei Collum-Ca haben sich bei den einzelnen Autoren folgendermaßen gefunden:

bei Schauta	1901—02		12,2%
	1902—03	schon	12,6%
	1903—04	bereits	14,6%
	1904—05		19,1%
	1905—06		26,3%

Hieraus kann man deutlich ersehen, wie die Dauerheilungen mit Verbesserung der Technik und größeren Sicherheit des Operateurs von Jahr zu Jahr zunehmen. Dabei erreichte Schauta im Gesamtwerte eine Operabilität von 51,3%, bei einer primären Mortalität von 8,9%. Staude gibt mit 72,3% Operabilität eine absolute Heilung von 23% bei einer Mortalität von 20% an. Thorn gibt bei 44,2% Operabilität 19,3% absolute Heilung mit 5,2% Mortalität. Thaler gibt eine absolute Heilung von 18,4% in den Jahren 1901—06. In den Jahren 1905—10 eine absolute Heilung von 21,9%. Die Gesamtmortalität in den Jahren 1901—16 gibt er mit

7,3% an. Dagegen betrug die Mortalität in den Jahren 1910—16 nur 4,1%.

Entschieden am günstigsten ist das Corpus-Ca, das im Beginn und bei Nichtübergreifen auf das Collum die vaginale Totalexstirpation indiziert und auch bei Nachbestrahlungen gute Erfolge zeitigt. Nur bei weitgehender Infektion der Parametrien oder bei, in Narkose eventuell palpablen Iliacaldrüsen würde der abdomino-vaginale Weg seine völlige Berechtigung finden. Solche Fälle dürften aber ziemlich selten sein.

Wenn auch der abdominelle Weg eine bessere Uebersicht zeigt, so ist der vaginale sicherlich der einzig richtige, wenn es sich um sehr dicke Bauchdecken, Anämie, Herz- und Nierenkrankheiten, hohes Alter handelt. Ebenso ratsam scheint diese Methode bei eingetretener Infektion. In den beiden nun folgenden Fällen von Corpus-Ca handelt es sich um Frauen mit sehr dicken Bauchdecken. Eine Patientin ist sogar schon 65 Jahre alt. Die Operationstechnik der einfachen vag. Totalexstirpation ist ungefähr folgende:

Nach antiseptischer Vorbereitung, bezw. Auskratzung oder gar Abtragung eines ulcerierten Tumors, wird die Portio mit Hakenzangen herabgezogen und cirkulär umschnitten. Nun folgt die stumpfe Lösung der Blase von der Cervix und Eröffnung der Plica vesicouterina und des Douglas. Das Peritoneum wird mit der hinteren Scheidewand zwecks Blutstillung vernäht. Nun werden die Ligamente nach und nach unterbunden und durchtrennt, sodaß der Uterus schließlich nur noch an den Tuben, den Ligamenta rotunda und ligamenta ovariorum hängt. Diese werden zum Schluß unterbunden, und nachdem der Uterus abgesetzt ist, tief in die vagina gezogen. Bei unkomplizierten Fällen wird das Peritoneum genäht und die Tubenstümpfe soweit herabgezogen, daß sie extra peritoneal liegen, und näht sie an das Blasen- und Douglas-Peritoneum an. Der Rest der Peritonialwunde wird dann mit 5 bis 6 Nähten quer vernäht. Wird das Peritoneum nicht geschlossen, so legt man einen Gazetampon ein.

Frau H., operiert am 16. 10. 1922, 65 Jahre alt:
Frau mit fetten Bauchdecken, faustgroßer, myomatöser Uterus mit Corpus-Ca. Die vaginale Totalexstirpation des Uterus ist in dem senilen, starren Gewebe nicht ganz leicht. Sie gelingt jedoch ohne Spaltung. Einnähen der Stümpfe. Gazestreifen ins Peritoneum. Patientin stirbt nach etwa 2 Jahren recidivfrei an intercurrenter Krankheit. Mehrmals prophylaktisch nachbestrahlt.

Frau B., operiert am 6. 7. 1926, 45 Jahre alt:
Vaginale Totalexstirpation wegen eines Ca corperis uteri. Die Frau hat sehr fette Bauchdecken. Die Operation ist sehr erschwert, da trotz pluriparer Scheide alles eng und kurz ist.

Es handelt sich um einen metritischen nicht myomatösen Uterus. Einnähen der Stümpfe. Das Peritoneum wird geschlossen. Einmal prophylaktische Röntgennachbestrahlung. Die Patientin bleibt von weiteren Bestrahlungen fern, und ist Anfang 1927 recidiv geworden.

Die Prognose des Corpus-Ca ist relativ gut. Wie schon oben erwähnt, geben einzelne Operateure wie Leopold, Fritsch, Döderlein eine Heilung von 100% an. Zweifel nur eine solche von 77,7%, Olshausen von 53,3%, Thorn und Schauta von 70%.

Ungünstiger ist schon das Portio-Ca, da es viel schneller in die Umgebung hineinwächst, und Metastasen setzt. Auch bei den Portio-Cas gelten die allgemeinen Indikationen für die vaginale Totalexstirpation wie hohes Alter, fette Bauchdecken, Carcinom im Anfangsstadium.

Frau E., operiert am 8. 4. 1918:
Vaginale Totalexstirpation wegen eines Ca portionis vaginalis mit Uebergreifen auf die Hintermundslippe. Vaginale Totalexstirpation, bei welcher fast die halbe Scheide bequem mit entfernt wird. Einnähen der Stümpfe. Das Peritoneum wird nicht völlig geschlossen. Kleine Drainstreifen. Es wird prophylaktisch mit Röntgen nachbestrahlt. 1921 war die Patientin noch recidivfrei.

Aus dem einzig angegebenen Fall läßt sich trotz guten Verlaufes keine sichere Prognose schließen. Winter gibt unter 91 operierten Portio-Cas eine Dauerheilung von 47,1% an.

Noch viel ungünstiger ist das Collum-Ca. Ueber seine Prognose mit der vaginalen Totalexstirpation sind die Ansichten sehr verschieden. Die meisten Operateure neigen der abdominellen Operation zu, weil sie, wie schon vorher erwähnt, diesen Weg als den anatomisch richtigeren und auch leichteren halten. Halban hat sich für die vaginale Exstirtion bei Collum-Ca ausgesprochen. Um die Fehler an den Statistiken auszugleichen (verschiedene Indikationen, verschiedene Operateure, verschiedene technische Fertigkeiten und verschiedenes Material) hat er in einem Zeitraum vom 1. 12. 1910 bis Mai 1918 streng systematisch selbst einen Fall abdominal und vaginal operiert. Dabei erzielte er folgende Resultate:

		prim. Mortal.	gestorb.	Lebend gesund.	Verschol.	Abso. Heilung
abdom.	77 Operat.	24,67%	42,85%	19,49%	13%	8%
vag.	80 „	12,5%	60%	23,75%	3,75%	10%

Hieraus läßt sich eindeutig ersehen, daß die vaginale und abdominale Methode bei demselben Operateur und demselben Material sich doch zumindest die Wage halten. Dazu ist die primäre Mortalität bei der vaginalen nur halb so groß wie bei der abdominellen. Auch die relative und absolute Heilung

ist bei der vaginalen größer als bei der abdominellen. In den Jahren 1918 bis 1923 konnte Halban allerdings die primäre Mortalität bei der abdominellen bis auf 14,8% herunterdrücken, während sie bei der vaginalen annähernd dieselbe blieb. Dabei ist die primäre Mortalität bei der abdominellen nicht etwa zu hoch berechnet, denn auch Döderlein hat für die abdominelle aus Sammelstatistiken eine Mortalität von 20% errechnet. Hannes gab an 99 Collumcarcinomen bei der vaginalen Methode die primäre Mortalität mit 8%, die Dauerheilung mit 31,5% (nach Winters Forderung betr. 5jähriger Recidivfreiheit). Annähernd die gleiche primäre Mortalität bei der vaginalen Methode geben Schauta mit 7,3%, Dorn mit 5,5% an. Staude hat allerdings eine solche von 20% angegeben. Hannes fand bei der abdominellen eine Mortalität von 20% und eine Dauerheilung von 22%. Allerdings muß man zugeben, daß in diesem Falle die abdominale mit allen ungünstigen Fällen belastet war. Aus alledem geht hervor, daß der abdominellen Operation nicht in allen Fällen eine Ueberlegenheit zuerkannt werden darf.

Interessant ist auch die Statistik Halbans betr. der Nebenverletzungen bei den verschiedenen Operationen in oben angegebenen Fällen:

	Blase	Ureter	Rectum
Laparotomie:	2	7	5
Vaginal:	0	1	0

am Material von 1918—23.

	Blase	Ureter
Laparotomie:	3	3
Vaginal:	2	1

Daraus geht nach Halbans Ansicht klar hervor, daß die von den Operateuren immer hervorgehobene, bessere Uebersichtlichkeit und leichtere Präparation der abdominellen Methode kaum stichhaltig sein kann. Nach Halban besteht kein Zweifel, „daß man bei einiger Uebung und Beherrschung der vaginalen Technik ebenso gut vaginal wie abdominal präparieren kann. Jedenfalls scheinen die Nachbarorgane bei der abdominellen mehr gefährdet zu sein, als bei der vaginalen". Bezüglich der Radikalität sagt Halban noch folgendes: Bei der Operation kommt es lediglich darauf an, das paravaginale bezw. das paracervikale Bindegewebe zu entfernen. „Betrachtet man Präparate nach den verschiedenen Methoden, so lassen sich Unterschiede kaum feststellen. Nach dem Ergebnis der Dauerresultate scheint die Radikalität vollständig auszureichen. Es ist ja sehr die Frage, ob es wirklich wesentlich ist, soviel als möglich vom gesunden Gewebe wegzunehmen. Es scheint wohl besonders darauf anzukommen, daß man überhaupt nur im Gesunden operiert. Der weitere Erfolg hängt von der individuellen Malignität der Carcinome in den betreffen-

den Fällen ab. In anderer Weise wären ja die verblüffenden Resultate bei weit vorgeschrittenen Carcinomen garnicht zu verstehen". Zum Schluß betont Halban, daß man Fälle mit dicken Bauchdecken, internen Komplikationen, hohem Alter, für die der abdominale Weg ein großer Eingriff ist, prinzipiell vaginal operieren soll. Auch in den folgenden Fällen von Collum-Ca handelt es sich zum Teil um Frauen mit sehr dicken Bauchdecken und hohem Alter. Ein Fall war noch durch die multiplen Myome kompliziert.

Frau Sch., operiert am 27. 3. 1920, 25 Jahre alt:
Sehr dicke Bauchdecken. Ca cervicis anscheinend ganz im Beginn. Erst durch Probeexcision festgestellt. Bei der Operation zeigt sich die ganze Cervix durchwachsen. Große Scheidenmanschette. Typische vaginale Totalexstirpation, anscheinend im Makroskopischen Gesunden. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen, glatter Verlauf. Prophylaktische Röntgenbestrahlung. Nach einem Jahr noch recidivfrei. Die von auswärts stammende Patientin bleibt wohl der zunehmenden Inflation wegen nachher weg.

Frau D., operiert am 19. 6. 1922, 61 Jahre alt.
Frau mit sehr dicken Bauchdecken. Weit vorgeschrittenes Cervixkanal-Ca. Vaginale Totalexstirpation. Die Operation ist nicht leicht. Man hat nicht den Eindruck, im Gesunden zu operieren. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum nicht genäht. Glatter Verlauf. Trotz Nachbestrahlung ist Patientin nach einigen Monaten recidiv.

Frau K., operiert am 21. 4. 1926:
Vaginale Totalexstirpation. Ueberfaustgroßer, alter Myomkomplex mit ganz beginnendem Ca colli uteri. Der Primäraffekt saß als kleinfinger dicker polypöser Cauliflower der hinteren Muttermundslippe an. Operation erschwert wegen der multiplen Myome, die z. T. enukleiert werden müssen. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen. Prophylaktische Nachbestrahlung. Patientin ist im Juni 1928 noch völlig recidivfrei.

Scheiden-Ca.

Zum Scheiden-Ca wäre zu sagen, daß es sehr selten primär auftritt. Die Operation kommt außerdem sehr selten in Frage, da die meisten Scheidencarcinome nicht mehr operabel eingeliefert werden, was zum großen Teil daran liegt, daß sie in Initialstadien nur sehr geringe Symptome machen und fast völlig schmerzlos sind.

Die Prognose beim Vaginal-Ca ist sehr infaust. Heilungen kommen so gut wie garnicht vor, sodaß man schon das Vaginal-Ca als unheilbar bezeichnet hat, da das Carcinom frühzeitig die Scheidewand durchbricht und entweder auf die Blase oder auf das Rectum übergeht.

Frl. D., operiert am 16. 1. 1925, 27 Jahre alt.
Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung über die Hälfte der vorderen Scheidenwand in continuo mit dem uterus wegen primären Ca vaginae, dessen Affekt ausschließlich in der vorderen Scheidenwand sitzt. Uterusschleimhaut ist frei. 1 partus. 1 Abort. Typische Operation mit Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen. Trotz prophylaktischer Röntgenbestrahlung nach 1 Jahr recidiv geworden.

Trotzdem es sich in diesem Falle um ein wenig fortgeschrittenes Carcinom gehandelt hat, ist die Patientin trotz Nachbestrahlung recidiv geworden.

Zu den Carcinomen im allgemeinen:

Die neuesten Ansichten vieler Operateure gehen dahin, das Corpus-Ca weiterhin prinzipiell radikal zu operieren mit nachfolgenden Bestrahlungen, da die Corpus-Ca nur schlecht auf Bestrahlung allein reagieren.

Bei den Collum-Cas dagegen sprechen sich einige Operature für die alleinige Bestrahlung aus, auf Grund der damit erzielten Erfolge. Doch dürfte es nach Ansicht anderer Autoren sicherlich besser sein, zuerst radikal zu operieren und dann noch prophylaktisch nachzubestrahlen.

Adler (Wiener med. Wochenschrift Jg. 74, Nr. 11, S. 521—26, Nr. 15, S. 740—743, 1924). Adler hat durch die vaginale Operation mit nachfolgender Bestrahlung (Einlegen von Radium gleich nach der Operation in die Wunde) und nach 4 Wochen Röntgenbestrahlung bereits 75% seiner Kranken 4 Jahre recidivfrei gesehen.

Sarkom.

Ueber das Sarkom wäre zu sagen, daß, soweit die Größe des Tumors es erlaubt, der vaginale Weg der richtigere ist, da durch Zerstückelung Implantationsmetastasen entstehen können. Aus Erfahrung wissen wir, daß bei genügender prophylaktischer Nachbestrahlung die Sarkome ganz gut darauf reagieren, die Prognose also besser ist als bei der abdominalen Operation. Ist der Tumor aber so groß, daß er nicht durch das kleine Becken durchgeht, kommt der abdominale Weg in Frage. In diesem Falle ist aber die Prognose viel ungünstiger. Ueber die Prognose folgendes:

Möller sammelte 180 Fälle in der Literatur und fand eine Heilung von etwa 25%, wobei aber nicht unberücksichtigt bleiben darf, daß die Beobachtungszeit sich nur auf wenige Monate bis über 1 Jahr erstreckte, nicht der Forderung Winters entsprechend, also 5jährige Recidivfreiheit. Von den 45 von Poschmann veröffentlichten Fällen fand Veit bei der Revision nur noch 7 längere Zeit recidivfrei. Gessner fand, daß unter 61 Sarkomen nur 10 länger als 5 Jahre recidivfrei blieben.

Für das Chorionepitheliom ist auch der vaginale

Weg als der rascheste, einfachste und blutsparendste zu bezeichnen, besonders bei Anwendung von Lokalanästhesie. Da das Chorionepitheliom an Malignität die anderen Geschwülste übertrifft, so ist die Prognose im allgemeinen mit großer Vorsicht zu stellen. Aussicht auf Erfolg hat man, wenn der Tumor noch gut abgrenzbar ist und die Umgebung noch nicht durchwachsen hat. Küstner berichtet, daß unter 10 Chorionepitheliomen 3 dauernd geheilt blieben. Bei diesen 3 Fällen wurde die vaginale Totalexstirpation vorgenommen (2 Fälle von Küstner, 1 Fall von Hannes). Hierzu ein Fall:

Frau B., operiert am 26. 6. 1919, 28 Jahre alt. Vaginale Totalexstirpation wegen malignen Chorionepithelioms samt Entfernung einer kirschgroßen Scheidenmetastase im rechten Paravaginalurethralgewebe. Ante operationem Fieber bis 40°. Typische Operation. Der Tumor ist rechts im Uterusfundus kurz vor dem Aufbrechen. Beide Ovarien zeigen nur ganz andeutungsweise Cystenbildung. Sehr brüchige, große Gefäße. Die erwähnte Scheidenmetastase geht bis an die Urethra, die eröffnet werden muß. Sie wird gleich wieder über einem eingelegten Dauerkatheter geschlossen. Einnähen der Stümpfe, Peritoneum nicht ganz geschlossen. Drainage. Glatter Verlauf. Doch geht die Patientin nach 2–3 Monaten an Metastasen zugrunde.

Myome.

Ein großes Kontingent für die vaginale Totalexstirpation stellt das Myom dar. Die Operation kann mit Medianspaltung des Uterus, mit oder ohne Morcellement vorgenommen werden, je nach der Größe des Tumors. Wegen der Größe des Myoms gilt folgendes: Es muß von der Scheide her zugänglich sein und darf selten mehr als Kindskopfgröße haben, was schon erhebliche Schwierigkeiten macht. Praktisch genommen, darf das Myon nur so groß sein, daß es durch das kleine Becken gezogen werden kann. In Konkurrenz mit der vaginalen Totalexstirpation kann mitunter die vaginal ausgeführte supravaginale Amputation treten, wenn es sich um kleine Myome des Uteruskörpers handelt, die ohne Spaltung des Uterus oder Zerstückelung der Myome das Vorwälzen des Uterus erlauben. Sie kommt hauptsächlich in Frage bei jüngeren Frauen mit einer normalen Scheide. Durch Erhaltung der Cervix mit ihren Drüsen wird die Vagina vor einer vorzeitlichen Atrophie bewahrt und bleibt geschmeidig.

Als spezielle Indikation für die vaginale Totalexstirpation gelten nach Halban folgende:

1. kleinere, etwa kindskopfgroße Myome;

2. chronische und subakute Veränderungen der Adnexe. In diesem Falle hält Halban diese Methode geradezu für ausgezeichnet. Er hat wegen Myomen öfters die Adnexe, Ovarialzysten, Resektionen am Ovarium wegen bestehender

Zysten, einmal sogar den Blinddarm mitentfernen können. Man kann hieraus sehen, daß die vaginale Methode außerordentlich leistungsfähig ist, abgesehen von den schon oben erwähnten Vorteilen wie geringe Shockwirkung, schnellere und vollkommenere Primärheilung sowie die geringe primäre Mortalität. Außerdem gibt Halban die Operationszeit bei einfachen Fällen mit höchstens 15 Minuten an, was auch als sehr großer Vorteil in Betracht zu ziehen ist.

Was die Prognose anbelangt, so ist sie bei richtig getroffener Auswahl eine sehr gute und von der abdominellen unübertroffen. Unter 1781 Operationen des In- und Auslandes wurde eine Mortalität von 4,09% errechnet, und das schon vor mehr als 20 Jahren.

Winter gibt eine Mortalität von 2,6% unter 893 Fällen an. Knauer unter 120 Fällen eine solche von 0,83%. Bumm operierte 50 Fälle, Halban 254 Fälle ohne einen Todesfall. Franz hat 354 Myome mit und ohne Zerstückelung mit einer Mortalität von nur 8% vaginal exstirpiert. Für ihn bestanden folgende Indikationen:

Das Myom darf nicht weiter als 2 Querfinger über die Symphyse hinausragen.

Die Portio muß bei der Operation hervorgezogen werden können. Schmid (Mo für Geb. 1923 Bd. 61, S. 302) hält die vaginale Totalexstirpation besonders bei infizierten, submukösen Myomen, was bei diesen sehr häufig ist, und bei älteren Frauen indiziert. Er berichtet über 143 Totalexstirpationen mit einer Mortalität von 3,5%.

Also kann man mit Recht die vaginale Totalexstirpation als eine relativ lebenssichere Operation bezeichnen. Gleichfalls spricht die Prognose, wie oben erwähnt, entschieden zu Gunsten dieser Methode. Auch die angeführten 20 Fälle aus der Privatklinik von Herrn Prof. Hannes sind ohne einen Todesfall verlaufen. Es handelte sich meistens um kleinere Myome und zum Teil stark ausgeblutete Frauen wie die Fälle zeigen.

Kurz zusammengefaßt war die vaginale Totalexstirpation indiziert:

1. bei submukösen Myomen;
2. bei kleineren bis übermannsfaustgroßen Myomenkomplexen;
3. bei Myomen, bei denen die Blutungen trotz Bestrahlung wieder auftraten.

Frau M., operiert am 16. 5. 1917.
Kindsfaustgroßer Myomkomplex. Vaginale Totalexstirpation ohne Komplikationen. Typische Operation. Peritoneum genäht, geschlossen unter Einnähung der Stümpfe.

Frau F., operiert am 31. 7. 1918, 48 Jahre alt.
Sehr starke Blutungen wegen eines vorher festgestellten über-

mandelgroßen submukösen Myoms. Vaginale Totalexstirpation mit typischer Operation. Peritoneum wird geschlossen, die Stümpfe eingenäht. Glatter Verlauf.

Frau H., operiert am 23. 4. 1919.

Vaginale Totalexstirpation wegen eines Myoms. Es handelt sich um ein ziemlich weiches kinderfaustgroßes, ins linke Parametrium entwickeltes Myom. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen, Glatter Verlauf.

Frau M., operiert am 31. 3. 1919.

Vaginale Totalexstirpation wegen übermannfaustgroßen Myomkomplexes. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum genäht. Glatter Verlauf.

Frau St., operiert am 17. 9. 1919, Mitte 40.

Vaginale Totalexstirpation wegen überkinderfaustgroßen Myoms. Der Uterus zeigt außerdem eine ganz außerordentliche, tumorartige Hyperplasie der Schleimhaut. Patientin ist durch andauernde Blutungen sehr ausgeblutet. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritonealnaht. Genesung kompliziert durch eine einseitige Beinvenentrombose.

Frau W., operiert am 8. 10. 1919.

Vaginale Totalexstirpation wegen eines faustgroßen, vorwiegend ein submuköses Myom zeigenden Uterus. Operation erschwert durch viele perimetritische Adhäsionen. Einnähung der Stümpfe. Peritoneum geschlossen. Sehr ausgeblutete Frau, trotzdem unkomplizierter glatter Verlauf.

Frau H., operiert am 14. 2. 1920.

Vaginale Totalexstirpation bei gangränösem submukösem Myom. Hohes Fieber, Schüttelfröste. Patientin vor einigen Tagen vom Hausarzt unter Diagnose: Abort curettiert worden. Uebel riechender Ausfluß. Muttermund über 1 Finger zugängig. Zunächst leichte Enucleation des hühnereigroßen Myoms vom Muttermund aus. Glatte und schnelle vaginale Totalexstirpation. Im Douglas etwas seröses Exsudat. Einnähen der Stümpfe. Im übrigen Peritoneum offen. Weitere Behandlung mit Jodoformgazetampon. Glatter Verlauf.

Frau M., operiert am 15. 7. 1920.

Vaginale Totalexstirpation. Ueberfaustgroßer Myomenkomplex. Nullipare Person. Nach frühzeitiger Peritonealöffnung Spaltung und teilweise Enucleation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frl. G., operiert am 21. 8. 1920.

Vaginale Totalexstirpation wegen starker Blutungen infolge submukösen Myoms. Infolge virgineller Verhältnisse nicht ganz leichte Operation. Jedoch ohne Schuchardt und ohne Spaltung. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen.

Frau F., operiert am 14. 7. 1922.

Vaginale Totalexstirpation. Cirka faustgroßer Myomenkomplex links zum Teil intraligamentär entwickelt. Typische Operation. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen.

Frau G., operiert am 2. 3. 1923.

Vaginale Totalexstirpation. Abundante Blutungen bei kleinfaustgroßem steil retroflektiertem, mit kleinen Myomen durchsetzten Uterus. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau O., operiert am 26. 4. 1923.

Faustgroßes, vorwiegend submuköses Myom. Nullipare Frau, enge Vagina. Spaltung und Enucleation. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frl. K., operiert am 28. 7. 1923. Anfang 40.

Vaginale Totalexstirpation wegen faustgroßen Myoms. Erschwert durch virginelle Verhältnisse. Entwicklung des Myoms durch Spaltung und Enucleation. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritonealnaht.

Frau A., operiert am 8. 5. 1924.

Vaginale Totalexstirpation wegen überfaustgroßem Myomenkomplexes. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau R., operiert am 16. 10. 1924.

Vaginale Totalexstirpation wegen gutfaustgroßem Myomenkomplexes. Es besteht auch ein kleines, submuköses Myom. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Schutzstreifen ins Peritoneum.

Frl. Sch., operiert am 2. 12. 1925.

Vaginale Totalexstirpation wegen kleinfaustgroßem Myomenkomplexes. Operation ist infolge virgineller Verhältnisse erschwert, gelingt jedoch ohne Spaltung. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau H., operiert am 11. 6. 1926.

Vaginale Totalexstirpation. Faustgroßes, im wesentlichen praevesikal gelegenes Myom. Exstirpation ohne Spaltung. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen.

Frau F., operiert am 13. 10. 1926, Anfang 40.

Vaginale Totalexstirpation. Sehr starke Blutungen. Metritischer Uterus mit submukösem Myom. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau L., operiert am 27. 4. 1927.

Vaginale Totalexstirpation wegen eines submukösen Myomes. Patientin war vor einigen Jahren wegen Blutungen bestrahlt worden. Diese bestehen jetzt wieder seit Wochen. Trotz

vieler Adhäsionen im hinteren Douglas und kurzer Ligamente, typische Operation mit Einnähen der Stümpfe und Schluß des Peritoneums. Glatter Verlauf.

Frau K., operiert am 10. 2. 1928.

Vaginale Totalexstirpation wegen fortgesetzter Blutungen (über wallnußgroßes, submuköses Myom). Die Operation gestaltet sich etwas schwierig, weil die Ligamenta sacrouterina straff und kurz sind, und infolge breiter Perimetritis posterior der Douglas hinten erst nach Stürzen des überfaustgroßen Uterus eröffnet werden kann. Einnähen der Stümpfe. Streifen ins Peritoneum.

Eine weitere Indikation erst jüngeren Datums für die vaginale Totalexstirpation bietet die Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulösen. Im Gegensatz zu früher, wo man tuberkulösen Frauen riet, Schwangerschaften durchzumachen, ist es jetzt allgemeine Erfahrungstatsache, daß sich der tuberkulöse Prozeß gegen Ende der Schwangerschaft und ganz besonders im Puerperium verschlechtert. In Frankreich wird der Einfluß der Tbc. auf die Gravidität gering gewertet und daher wird die Tbc. fast ausschließlich intern behandelt. In Deutschland ist man, wie schon oben erwähnt, pessimistischer. Man macht daher Unterbrechung der Schwangerschaft mit nachfolgender Sterilisation. In Italien steht man theoretisch auf dem Standpunkt der Deutschen, begnügt sich aber mit der einfachen Unterbrechung. Nur ganz wenige Operateure wie Vigorelli stellen sich auf den radikalen Standpunkt, da sie der Ansicht sind, „daß die Tuberkulöse von ihren Menstruationen getötet wird". Außerdem sind auch die Aussichten des Neugeborenen (Konstitution, Tröpfcheninfektion) nicht gerade günstig, sodaß man sich schon aus diesen Gründen unter den später angeführten Indikationen viel eher zu einem radikalen Eingriff entschließen wird. Anders könnten die Verhältnisse liegen, wenn es sich um eine Erstgebärende handelt. In diesem Falle ist ein Abortus artificialis mit nachfolgender Heilstättenbehandlung und zeitweiliger Empfängnisverhütung sicher der richtigere.

Zur Operation läßt sich folgendes sagen: Die Operation kann in Lokalanästhesie und unter sehr geringem Blutverluste ausgeführt werden. Misgeld meint, daß die vaginale Totalexstirpation oft weniger eingreifend ist, als eine verhältnismäßig blutige Ausräumung. Lange Zeit schwankten die Operateure, ob sie die Adnexe mitentfernen oder drin belassen sollten. Jetzt läßt man wohl ausschließlich die Ovarien, wenn diese nicht irgendwie verändert sind, zurück, um die Frauen vor einer vorzeitigen Klimax mit den unangenehmen Symptomen zu bewahren. Dadurch wird der Ausfall ein geringerer, und die Frauen werden nicht aus ihrem geistigen

Gleichgewicht gebracht, wenn der Uebergang ein allmählicher ist.

Die vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe zur Unterbrechung der Schwangerschaft schlug als erster Bumm im Jahre 1908 vor. Bis dahin wurde die einfache Schwangerschaftsunterbrechung, die die Frau vor unmittelbarer Lebensgefahr verschonte, aber nicht weitere Schwangerschaften verhindern konnte, vorgenommen.

Bumm stellt folgende Richtlinien auf.

Die Radikaloperation wird ausgeführt:

1. bei Frauen vorgeschrittenen Alters, die mehrere Kinder haben, denen die Mutter erhalten bleiben soll;
2. bei Frauen, deren Lungenprozeß noch keine Kavernen aufweist und unter das Stadium I oder II nach Turban-Gerhardt fällt;
3. bei Frauen, deren Gravidität den 4. Monat nicht überschritten hat;
4. bei psychisch normalen Frauen.

Bei Kehlkopf-Tbc. ist wegen der akut lebensbedrohlichen Erscheinungen stets die Unterbrechung angezeigt und auch hier am besten mittels der vaginalen Totalexstirpation.

Die Prognose ist eine verhältnismäßig gute. Die drei weiter unten angeführten Fälle, (ein Fall befand sich sogar im Stadium II—III nach Turban-Gerhardt), sind alle günstig beeinflußt. Ueber ähnlich gute Erfolge berichtet Jakobs, Toni an Hand von 16 Fällen aus der Berliner Klinik. Sie gibt eine günstige Beeinflussung in 75% an. Die Operation wurde in allen Fällen ohne Adnexe ausgeführt. Martin berichtet über 20 Fälle von Exstirpation mit Adnexen, wo in 16 Fällen (80%), Besserung eintrat.

Schomberg berichtet über 22 Fälle aus der Kieler Klinik (während der Jahre 1910—20).

Es handelte sich um:

9 Frauen im I. Stadium.
3 Frauen im II. Stadium.
10 Frauen im III. Stadium.

Von den 9 Frauen im I. Stadium sind 2 gestorben (eine allerdings an Pneumonie).

Von den 3 Frauen im II. Stadium ist eine gestorben (Larynx-Tbc.).

Von den 10 Frauen im III. Stadium sind 6 gestorben (eine an Larynx-Tbc.).

Trotz der Belastung mit den schweren Fällen (Stadium III) gibt er eine primäre Besserung in 63,6% an.

Misgeld berichtet 1924 über 56 Fälle, operiert in der Zeit vom 1. I. 1908 bis 1. I. 1923. Davon sind 28,2% ge-

storben, 5,36% verschlechtert, 3,57% unverändert geblieben, 57,1% gebessert.

Frau H., operiert am 17. 7. 1919.
Lungen-Tbc. im II. Stadium. Graviditas Mens II—III. Um auch spätere Schwangerschaften zu verhüten, wird die vaginale Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Ovarien werden zurückgelassen. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe.

Frau Sp., operiert am 11. 6. 1920
Lungen-Tbc. im II. Stadium. Graviditas Mens IV. Um weitere Schwangerschaften zu verhüten, wird der Uterus vaginal total exstirpiert. Typische Operation. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen.

Frau W., operiert am 22. 8. 1922.
Lungen-Tbc. im II. Stadium. Graviditas Mens IV. Uterus über dem Nabel stehend. Um weitere Schwangerschaften zu verhüten, wird die vaginale Totalexstirpation ausgeführt. Es liegt eine Zwillingsschwangerschaft vor. Zuerst Hysterotomia anterior mit teilweiser Entleerung des Uterus, d. h. mit Entwicklung beider Föten, dann Exstirpation unter weitgehender Spaltung. Stümpfe eingenäht, Peritoneum nicht ganz geschlossen, jedoch glatter Verlauf.

Wie schon oben erwähnt, ist das Progeredieren des tuberkulösen Prozesses und die Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Organismus während der Schwangerschaft, namentlich in den letzten Monaten und während des Puerperiums nicht zu verkennen. Wenn eine Ausheilung des tuberkulösen Prozesses möglich ist, wird man sich wohl in allen Fällen für eine Unterbrechung der Schwangerschaft aussprechen. Denn nach Ausheilung des Lungenprozesses können noch weitere Schwangerschaften folgen. Ist aber eine völlige Heilung nicht zu erwarten, dann muß man sich meist wohl auch zur Unterbrechung entschließen. Wurde schon 1—2 mal unterbrochen, und ist der Lungenprozeß nicht völlig heilbar, so wird man die Sterilisation erwägen müssen. In Betracht kommen der Prinzenschnitt (Eröffnung des Uterus vom Abdomen aus, Herausholen der Frucht, Naht des Uterus, nachfolgende Sterilisation und die vaginale Totalexstirpation). Dies wird zum großen Teil vom Alter der Patientin abhängen, da nach der vaginalen Totalexstirpation die Vagina atrophiert, während sie nach dem abdominellen Vorgehen ihre normale Form behält. Außerdem wird es nicht zum kleinsten Teil von der Vorliebe des Operateurs abhängen, ob er besser vaginal, oder abdominell operiert. Jedoch ist bei älteren Frauen und bei Frauen mit Kehlkopftbc. die vaginale Totalexstirpation wegen der akuten lebensbedrohlichen Erscheinungen sicher der beste Weg. (Keine Hernien in der Bauchnarbe, glatte Heilung, kürzere Rekonvaleszenz.)

Ein weiteres großes Indikationsgebiet für die vaginale Totalexstirpation stellen die klimakterischen und praeklimakterischen Blutungen dar. Wenn wir auch in der Ausschabung und vor allem in der Strahlenbehandlung ein wirksames und gefahrloses Mittel haben, so reicht dieses doch nicht immer hin. Es gibt Fälle, wo die Frauen stark ausgeblutet sind und nicht mehr länger bluten dürfen, sodaß nur noch ein rasch vorgenommener operativer Eingriff die Frau vor dem Verbluten retten kann. Hier ist die vaginale Operation die rascheste und blutsparendste Methode. Ferner gibt es Fälle, bei denen die Blutungen trotz Ausschabung und Bestrahlung immer wieder recidivieren. Weiterhin gibt es Fälle klimakterischer Blutungen, bei denen Komplikationen von Seiten der Adnexe, des Uterus (Retroflexio uteri fixata) oder der Scheide an und für sich einen operativen Eingriff indizieren, sodaß man durch eine Operation beide Krankheitsursachen eliminieren kann.

Kurz zusammengefaßt, ist die vaginale Totalexstirpation bei klimakterischen Blutungen indiziert:

1. bei stark ausgebluteten Frauen;
2. bei immer recidivierenden Blutungen;
3. bei Komplikationen von seiten der Adnexe, des Uterus oder der Scheide.
4. bei gleichzeitiger Retroflexio uteri fixata.

Die Prognose ist, selbst bei stark ausgebluteten Frauen eine recht gute. Von den 12 weiter unten angeführten Fällen sind alle, trotz der Komplikationen restlos geheilt. Franz stellt die Prognose ebenfalls günstig. Er operierte vom 1. 10. 1910 bis 31. 3. 1923 72 Fälle vaginal mit nur 2 Todesfällen. Beide Frauen sind an Infektionen gestorben. Als Hauptgrund hierfür nimmt er die hochgradige Anämie und die hieraus folgende Schwächung des Organismus gegen eindringende Keime an. Er operierte die 72 Fälle unter folgenden Indikationen:

42 wegen hochgradiger Anämie;
19 wegen Senkungen und Vorfällen der Scheide und des Uterus;
7 wegen Adnexerkrankungen;
2 wegen Inguinalhernien;
1 wegen Bauchfelltbc.;
1 wegen Mastdarmscheidenfistel.

Frau B., operiert am 11. 3. 1919.

Vaginale Totalexstirpation wegen recidivierender klimakterischer Blutungen. Die Operation durch Adhäsionen im hinteren Douglas erschwert. Peritoneum geschlossen. Einnähen der Stümpfe.

Frau K., operiert am 27. 4. 1920.

Vaginale Totalexstirpation wegen recidivierender Blutungen. Sehr starres, verdicktes Organ. Typische Operation mit glattem Verlauf. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen.

Frau U., operiert am 2. 9. 1920.

Vaginale Totalexstirpation wegen recidivierender klimakterischer Blutungen. Kompliziert durch eine ganz feste Verlötung der Flexura sigmoidea mit der Uterushinterwand, wo selbst ein altes Hämatom mitentleert wird. Lösung des Darmes gelingt, wenn auch nicht leicht, doch befriedigend und ohne Verletzung. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum nicht ganz geschlossen. Streifen in die Peritonealhöhle.

Frau D., operiert am 21. 4. 1921, 38 Jahre alt.

Vaginale Totalexstirpation wegen schwerster, präklimakterischer Blutungen. Patientin sehr elend und ausgeblutet. Typische Operation. Stümpfe eingenäht. Peritoneum geschlossen. Ganz unkomplizierter Verlauf.

Frau C., operiert am 6. 7. 1922.

Vaginale Totalexstirpation wegen schwerer klimakterischer Blutungen, die trotz Bestrahlung anhalten. Früher war wegen Retroflexio uteri eine Vaginifixur ausgeführt worden. Infolgedessen jetzt Exstirpation des Uterus mittelst Spaltung von hinten möglich, da sich die Blase beim üblichen Vorgehen von vorn nicht ablösen läßt. Trotz dieses Vorgehens entsteht eine für den Finger gut zugängige Verletzung der Blase, die sofort mit doppelter Nahtschicht geschlossen wird. Ein Dauerkatheter wird eingelegt. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen. Vor der Operation kleiner Schuchardtscher Hilfsschnitt links, der auch genäht wird. Glatter Verlauf. Blase geheilt.

Frau J., operiert am 15. 10. 1923.

Vaginale Totalexstirpation wegen monatelanger, klimakterischer Blutungen, trotz auswärts vorausgegangener Röntgenbestrahlung. Operation erschwert durch Brüchigkeit und kolossale Succulenz aller Teile. Allenthalben sind subperitoneale Petechien zu sehen. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau R., operiert am 16. 5. 1924.

Starke, klimakterische Blutungen bei Retroflexio uteri fixata. Vaginale Totalexstirpation erschwert durch die vielen Adhäsionen, Einnähen der Stümpfe. Schutzstreifen ins Peritoneum.

Frau R., operiert am 12. 5. 25, 47 Jahre alt.

Vaginale Totalexstirpation wegen klimakterischer Blutungen. Bereits auswärts vergeblich ausgeschabt. Großer Emmetscher Spalt. Typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau K., operiert am 11. 3. 26, 39 Jahre alt.

Vaginale Totalexstirpation bei Retroflexio uteri und starker präklimakterischer Blutungen. Typische Operation. Wegen gleichzeitiger Rectocele sofort typische hintere Kolporrhaphie. Einnähen der Stümpfe. Peritoneum geschlossen.

Frau K., operiert am 13. 1. 27.

Vaginale Totalexstirpation wegen klimakterischer Blutungen. Operation nicht ganz leicht wegen Starre des rechten Ligamentes. Einnähen der Stümpfe. Schutzstreifen ins Peritoneum.

Frau G., operiert am 14. 6. 27, ca. 50 Jahre.

Vaginale Totalexstirpation wegen starker klimakterischer Blutungen. Eine vor wenigen Monaten vorgenommene Abrasio hatte eine Endometritis polyposa festgestellt. Jetzt wieder starke Blutungen. Die Operation gestaltet sich schwer, da von einer vor Jahren ausgeführten Ventrifixur ein sehr kurzes Lig. tertium vorhanden ist, außerdem Verwachsungen des Corpus mit dem Dickdarm bestehen. Nach völliger Auslösung des faustgroßen Uterus gelingt schließlich die Umgreifung und Unterbindung des Lig. tertium, das nun mit Messer und Schere durchtrennt wird. Mit Rücksicht auf diesen Stumpf, trotz guter Blutsicherheit, offene Peritonealbehandlung mit Fritschtampon. Glatte Heilung. Der Uterus zeigt starke polypöse Schleimhautwucherungen.

Frau K., operiert am 27. 6. 1927, 47 Jahre.

Vaginale Totalexstirpation wegen profusester anhaltender Blutungen bei Retroflexio uteri fixata. Es müssen viele perimetritische Adhäsionen gelöst werden. Im übrigen typische Operation. Einnähen der Stümpfe. Schutzstreifen ins Peritoneum. Glatter Verlauf. Die Frau, die vor der Operation nur 25% Hämoglobin hatte, erholt sich schnell. Mikroskopisch fand sich polypöse Schleimhaut des Corpus uteri.

Um die Aufnahme der Totalexstirpation bei Adnexitiden haben sich unter den Deutschen besondere Verdienste Leopold und Laudan erworben. Die Indikationen sind folgende:

1. hochgradige Beschwerden und infolgedessen oft Arbeitsunfähigkeit;
2. anhaltendes Fieber, fötider Fluor, Blutungen, peritonitische Attacken.

Die Fälle gehen wohl meistens unter der Diagnose Pyosalpinx, Endosalpingitis purulenta, Abszessus ovarii z. T. mit Peritonitis adhäsiva. Bedroht nun so ein Eiterherd direkt oder durch sein langes Bestehen das Leben der Frau, oder ist durch gründliche konservative Therapie kein Erfolg erzielt worden, so muß die Operation vorgenommen werden. Diese ist besser vaginal auszuführen, da durch eine breite und

wirksame Drainage nach unten die Möglichkeit der Spontanheilung gegeben ist. Auch die Erfolge mit der vaginalen Methode sind bessere. Laudan gibt unter 701 Fällen eine Mortalität von 4,4%, ebenfalls auch Küstner gegenüber einer Mortalität von 5,59% bei der abdominalen. Betreffs der Dauerresultate folgendes: Schauta gibt bei der abdominalen Operation 44%, Chrobak 30%, Küstner 12,6% Arbeitsunfähigkeit an.

Leopold bei der vaginalen Operation 10,4%, Mainzer 6% Arbeitsunfähigkeit.

Werner und Stiglbauer berichten über 69 Fälle vaginaler Totalexstirpation aus der 2. Wiener Frauenklinik während der Jahre 1911—1920. Die vaginale Totalexstirpation wurde nur ausgeführt, wenn die Tumoren nicht zu hoch gelegen und nicht zu groß waren. Die Operateure hielten auch an dem Grundsatze fest, daß man zuerst möglichst lange (Monate, mitunter auch Jahre) und gewissenhaft konservativ behandeln und erst im Falle des Versagens operieren solle. Unter den 69 Fällen war kein Todesfall, auch keine Nebenverletzung, sowie keine Fistelbildung zu verzeichnen. Bei 53 Frauen trat glatte Heilung ein. In 5 Fällen war die Heilung durch Komplikationen (2 × Stumpfexsudate, 1 × Thrombose der Schenkelvene, 1 × Hämatom, 1 × Pneumonie) verzögert. In den restlichen 11 Fällen handelte es sich um eine verzögerte Heilung mit leichtem Fieberverlauf.

Bei Adnexerkrankungen wird, wie schon oben erwähnt: nur operiert, wenn trotz gründlichster, konservativer Behandlung die Frau durch immer neue Recidive arbeitsunfähig geworden ist oder aus ihrem psychischen Gleichgewicht gebracht ist. In den letzten Jahren wird wegen besserer Uebersichtlichkeit und Organerhaltung dem abdominellen Vorgehen von den meisten Operateuren der Vorzug gegeben. Vaginal wird nur noch operiert, wenn es sich um akute, das Leben bedrohende Prozesse handelt.

Der Vollständigkeit halber müssen noch einige seltenere Indikationen für die vaginale Totalexstirpation kurz erwähnt werden.

Sehr wirksam kann sie unter Umständen bei schweren Puerperalfällen oder bei kriminellem Abort werden. Sie kommt naturgemäß aber nur ausnahmsweise in Anwendung bei der Schwere der Indikationsstellung, da es sich meistens um jüngere Frauen handelt. In der Mehrzahl der Fälle wird die Infektion durch Ausschabung, innere Behandlung mit eventuellen Spülungen vollkommen beseitigt. Ist dies aber nicht der Fall und steigt das Fieber trotz gründlicher und vollständiger Ausschabung oder erweist sich bei der Curettage die Uterushöhle leer, so kommt bei sonst schwerem Charakter

des Falles die vaginale Totalexstirpation unverzüglich in Betracht. Selbst bei bestehender Peritonitis und nicht gar zu schlechtem Allgemeinzustand soll man die Hysterektomie mit gleichzeitiger Drainage versuchen. Handelt es sich um eine generalisierte Sepsis, oder ist der Uterus an und für sich zur Exstirpation wie bei bestehender Perforation, Myom, Blasenmole, Ca. u. s. w. geeignet, so wird man sich um so leichter zu dem schweren Eingriff entschließen.

Die Prognose ist trotz der Schwere der Erkrankung eine verhältnismäßig gute. In den Berichten über d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5 1925 S. 183, wird ein Fall bei kriminellem Abort veröffentlicht, wonach Peritonitis und fötide Blutungen eingetreten waren. Es wurde vollständige Heilung erzielt. Im Bd. 10 der Ber. üb. d. ges. Geb. u. Gyn. 1926, Seite 661, wird ein Fall mit Fieber nach Fehlgeburt veröffentlicht, bei dem sich auf die interne Therapie nach vorübergehender Besserung immer wieder hohes Fieber und Schüttelfröste einstellten. Erst durch die vaginale Exstirpation wurde Heilung erzielt.

Sehr selten kommt die vaginale Totalexstirpation in Anwendung bei Uterusruptur- und inversion. Bei Uterusrupturen früher Schwangerschaftsmonate steht Franz auf dem konservativen Standpunkte, da die Resultate nicht schlechter sind als die der Totalexstirpation. Bei Perforation durch Dilatatoren, Sonden, Curetten usw. werden die Löcher genäht und geglättet. Radikal operiert wird nur bei zerfetztem Uterus. Anders verhält es sich mit den Uterusrupturen in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Dabei verdient die abdominale Operation den Vorzug, daß sie immer richtig ist, während die vaginale Totalexstirpation nur vorgenommen werden darf, wenn Kind und Plazenta geboren sind. Daraus, daß die Operation oft zu spät vorgenommen wird, erklärt sich die hohe Mortalität. Franz operierte vaginal 3 Fälle (2 Rupturen in den letzten Schwangerschaftsmonaten, 1 Ruptur in den ersten Monaten), und alle 3 Fälle wurden geheilt. In den Ber. üb. d. ges. Geb. u. Gyn. 1924, Seite 460, Bd. V, wird ein Fall einer Uterusruptur nach Hydrocephalus veröffentlicht, bei dem glatte Heilung eintrat.

Weit seltener wird die vaginale Totalexstirpation bei Inversion des Uterus angewandt, und zwar nur dann, wenn der Verblutungstod sonst nicht abwendbar ist. Nach Franz ist die Operation nur in der Menopause oder bei Infektion und Gangrän berechtigt.

Gesamtübersicht.

Die vaginale Totalexstirpation wurde 43 mal vorgenommen, und zwar:

2 mal wegen eines bestehenden Ca. corporis uteri. Es handelte sich in beiden Fällen um ältere Frauen mit sehr dicken Bauchdecken. Die Operation ist bei beiden glatt verlaufen. Die eine Patientin ist nach ca. 1 Jahr recidiv geworden, da sie von weiteren Bestrahlungen ferngeblieben war.

1 mal wegen eines Ca. portionis. Glatter Verlauf. Die Patientin wurde prophylaktisch mit Röntgen nachbestrahlt und ist noch 3 Jahre nach der Operation recidivfrei.

3 mal wegen eines Ca. cervicis. 2 Frauen hatten sehr dicke Bauchdecken. In einem Falle handelte es sich um ein vorgeschrittenes Ca. Schon bei der Operation hatte man nicht den Eindruck, im Gesunden zu operieren. Trotz Nachbestrahlung ist diese Patientin nach einigen Monaten recidiv geworden. Die andere Patientin ist noch nach einem Jahre recidivfrei, bleibt aber wohl der zunehmenden Inflation wegen nachher weg. In dem dritten Falle handelte es sich um ein beginnendes Ca. Cervicis, kompliziert durch multiple Myome. Patientin wurde prophylaktisch durch Röntgen nachbestrahlt und ist 2 Jahre 2 Monate nach der Operation noch recidivfrei.

1 mal wegen eines Ca. vaginae. Glatter Verlauf. Doch geht die Patientin trotz prophylaktischer Röntgennachbestrahlung an Recidiven zu Grunde.

1 mal wegen eines Chorionepithelioms. Es besteht schon eine Scheidenmetastase, und der Tumor ist kurz vor dem Aufbrechen. Die beiden Ovarien zeigen Cystenbildung. Glatter Verlauf. Patientin geht jedoch nach 2—3 Monaten an Metastasen zu Grunde.

20 mal wegen bestehender Myome. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Myomenkomplexe, die bis über Mannsfaust groß waren, und submuköse Myome. In einem Falle war das submuköse Myom schon gangränös. Bei 3 Fällen war die Operation infolge perimetritischer Abhäsionen erschwert. In einem dieser Fälle war die Patientin vor einigen Jahren bestrahlt worden und bekam jetzt wieder Blutungen. Bei allen angeführten Fällen trat glatte Heilung ein (ein Fall war durch eine Beinvenenthrombose kompliziert).

3 mal wegen Gravidität und einer bestehenden Lungen-Tbc. im zweiten Stadium. In einem Falle bestand eine Zwillingsschwangerschaft. Bei allen 3 Fällen trat glatte Heilung und günstige Beeinflussung des Lungenprozesses ein.

12 mal wegen klimakterischer und präklimakterischer Blutungen. In den meisten Fällen handelte es sich um immer

wieder recidivierende Blutungen und z. T. stark ausgeblutete Frauen. Bei 2 Frauen blieben trotz Bestrahlung und bei einer trotz Ausschabung die Blutungen bestehen. In 2 Fällen handelte es sich um eine Retroflexio uteri fixata. Die Operation war durch die vielen Adhäsionen erschwert. 2 mal war der Uterus mit dem Dickdarm verlötet und konnte ohne Verletzung gelöst werden. In einem Falle entstand eine Blasenverletzung trotz Vorgehens von hinten. Hier war früher wegen der bestehenden Retroflexio uteri eine Vaginifixur ausgeführt worden, die das Ablösen der Blase von vorn nicht zuließ. Selbst beim abdominalen Vorgehen wäre diese Blasenverletzung nicht zu umgehen gewesen. Hier wurde vor der Operation ein kleiner Schuchardt'scher Schnitt angelegt. In einem Falle war die Operation durch ein sehr kurzes Lig. tertium, das von einer vor Jahren ausgeführten Ventrifixur herrührte, sehr erschwert. In allen 12 Fällen trat, trotz der verschiedensten Komplikationen, glatte Heilung ein. Auch die Blasenverletzung heilte ohne Fistel.

Aus alledem geht klar hervor, daß die vaginale Totalexstirpation des Uterus bei geeigneter Auswahl der Fälle eine relativ lebenssichere Operation ist. Schon aus diesem Grunde und noch mehr des kleinen Eingriffs wegen müßte die vaginale Totalexstirpation mehr Anerkennung finden.

43 Operationen ohne einen Todesfall bei z. T. sehr schweren Fällen, wie oben ausgeführt, sprechen entschieden zu Gunsten dieser Methode.

Am Ende meiner Arbeit angelangt ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Hannes an dieser Stelle für die Anregungen zu dieser Arbeit und die Ueberlassung der Fälle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturangaben

Lehrbücher der Gynäkologie: Küstner, Hofmeier, Pankow, Schröder.

Biologie und Pathologie des Weibes: Halban, Seitz.

Operative Gynäkologie: Döderlein-Krönig.

Gynäkologische Operationen: Franz, Weibel.

Berichte über die gesamte Geb. und Gyn.:

Bd. I., S. 61. Vigorelli, Attilio: Entfernung des Uterus und der Ovarien bei Tbc. Nürnberger (Hamburg).

S. 93. Tóth, István: Ueber die Behandlung der Gebärmutterfibrome. Temesvary.

Bd. II., S. 316. Tourneux, J. P.: Ueber die Behandlung der Bauchfellentzündung nach Abortus mit der vag. Totalexstirpat. H. Thaler (Wien).

S. 394. Donay, E.: Wochenbettfieber und vag. Totalexstirpation. H. Thaler (Wien).

Bd. III., S. 155. Vautrin: Indikationen der vag. Totalexstirpation. Hans Heidler (Wien).

Bd. V., S. 183. Fournier, F., A. Rascol: Krimineller Abort, Peritonitis, vagin. Hysterektomie. A. Hirschberg (Berlin).

S. 440. Ronville: Meine jetzigen Indikationen zur vag. Hysterektomie. Liegner (Breslau).

S. 466. Schockaert, R.: Hydrocephalus mit Ruptur des unteren Uterinregmentes. Vag. Hysterektomie. Stübler (Tübingen).

Bd. VII., S. 568. Auvray, Maurice: Die puerperale Infektion und ihre Behandlung. H. Thaler (Wien).

Bd. VIII.,S. 736., Gruss, J.: Operative Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Groß.

Bd. X., S. 661. Fruhinsholz, A., et Hamant: Ueber eine Hysterektomie bei Fieber nach einer Fehlgeburt. Schreiner (Darmstadt).

Bd. XI., S. 882. Albano, Giovanni: Hysterektomie bei Ca. des Corpus uteri. Krips (Düsseldorf).

Bd. XII., S. 220. Eymer, Heinrich: Sollen die Gebärmutterkrebse operiert oder bestrahlt werden? (Univ.-Frauenklinik Innsbruck).

S. 764. Mangiagalli, Luigi: Halbes Jahrhundert Erfahrung in der Behandlung der Uterusmyome und Carcinome. Hüssy (Aarau [Schweiz]).

Laborde, Simone: Zur Behandlung des Collumcarcinoms der Gebärmutter. Lahm (Chemnitz).

Zentralblatt für Gynäkologie:

1908, Nr. 37. Staude: Die Resultate der erweiterten vag. Totalexstirp. des Uterus durch doppelseitige Scheidenspaltung bei Collum-Ca.

1915, Nr. 42. Thaler: Zur erweiterten vag. Ca. Operat.

1917, Nr. 9. Thaler: Ueber 10—15jährige Heilungen nach operativer Behandlung des Collum-Karzinoms. Stellungnahme zur Frage der Strahlenbehandlung operabler Fälle.

1924, Nr. 26, S. 1438. Misgeld: Der Einfluß der Totalexstirpat. des Uterus und der Adnexe auf die fortschreitende Lungentbc. Schwangerer.

Nr. 49, S. 2674. Halban: Uterusexstirpat. oder supravag. Amput. bei Myomen.

1925, Bd. 1, S. 1052. Ronville: Meine derzeitigen Indikationen zur vag. Uterusexstirpat. (Bienenfeld).

1927, Bd. 1, S. 18. Wille: Ergebnisse der operativen Behandlung der Collumkarzinome an der Charité-Frauenklinik in den Jahren 1916—20.

1927, Bd. 3, S. 2321. Stoeckel: Die in Lokalanästhesie vorgenommene Totalexstirp. des Uterus, ein typisches Sterilisierungsverfahren bei Lungentbc.

Zeitschrift für Geb. und Gyn.:

Bd. 37, S. 225. Wisselinck: Zur Therapie des Uterusca.

Bd. 43, S. 509 u. s. w. Winter: Genügt die vag. Uterusexstirpation.

Bd. 50, S. 1. Olshausen: Zum Vergleich der vaginalen und abdom. Operationsmethode bei Ca.-uteri.

S. 160. Mackenrodt: Vag. und abdom. Myomoperation.

Bd. 57, S. 215. Hannes: Rückblicke und Ausblicke über Operabilität, Operation und Operationsresultate des Uterusca an der Hand einer 11 jährigen Beobachtung.

1911, Bd. 69, S. 453. Hofmeier: Zur operativen Behandlung des Carcinoma colli uteri.

Monatsschrift für Geb. und Gyn.:

1904, Bd. 19, S. 769. Winter: Ueber Dauerresultate nach Operat. b. Uteruskrebs.

S. 475. Schauta: Die Berechtigung der vag. Totalexstirpat. bei Gebärmutterkrebs.

1911, Bd. 33, S. 680. Schauta: Die erweiterte vag. Operation bei Ca. colli uteri auf Grund 10 jähr. Erfahrung.

S. 27. Dobbert: Die vag. Methode in der Gynaekologie.

Bd. 35, S. 715. Markowsky: Der Wert der Radikaloperationen der Collum-Krebse.

1923, Bd. 61, S. 302. Schmid: Infektionsgefahr bei submukösen Myomen und ihre Verhütung durch Uterusexstirpation.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gyn.:

1905, S. 462. Pfannenstiel, Zur Indikationsstellung der Carcinomoperation bei Gebärmutterca.

Archiv für Gynaekologie:

1923, Bd. 119, S. 228. Werner u. Stiglbauer: Zur operativen Behandlung der Adnex und Beckenzellgewebeentzündungen.

Wiener klin. Wochenschrift:

Jg. 39, Nr. 11, S. 297. 1926. Kraul, Ludwig: Untersuchungen über die Wirkung der Uterusexstirpat. und der künstl. Menopause.

Deutsche med. Wochenschrift:

1905, Nr. 40, S. 1588. Knauer: Prognose und Behandlung der Uterusmyome.

Münchener med. Wochenschrift:

1900, Nr. 38. Martin: Zur Indikationsstellung und zur Technik der Myomoperationen.

Zur Geschichte der Totalexstirpation des Uterus.

Med. Diss. Würzburg 1892 von A. v. Franqué.

Kritische Bemerkungen zur Statistik des Uteruscarcinoms.
Med. Diss. Freiburg i. Br. 1898 v. Harry Haenisch.

Ueber die Dauerresultate der vag. Totalexstirpation d. Uterus.
Med. Diss. Berlin 1898 von Fraenkel.

Die Totalexstirpation des septischen Uterus.
Med. Diss. Tübingen 1899 v. Hermann Zipperlen.

Die Dauererfolge der vag. Totalexstirpation des Uterus.
Med. Diss. Halle 1901 von Werner Reipen.

Die vag. Totalexstirpationen des Uterus aus der Hallenser Frauenklinik während der Jahre 1896—1901.
Med. Diss. Halle 1901 v. Democh.

Beitrag zur vaginalen Entfernung der Uterusmyome.
Med. Diss. Breslau 1902 von Friedrich Biberstein.

Die Resultate der vaginalen Totalexstirpation des Uterus.
Med. Diss. Göttingen 1905 von W. Theopold.

Über 100 vaginale Totalexstirpationen des myomatösen Uterus.
Med. Diss. Bonn 1905 von Detert.

Die Uterusmyome und ihre operative Behandlung per vaginam.
Med. Diss. Berlin 1905 von Solarzano.

Vaginale Myomoperationen.
Med. Diss. Straßburg 1910 von Boisselet J.

Über die Totalexstirpation des Uterus und der Scheide bei großen Vorfällen.
Med. Diss. Würzburg 1910 von Wagner, Otto.

Die Erfolge der vaginalen Totalexstirpation bei Prolaps des Uterus.
Med. Diss. Erlangen 1910 von Löblein, Theodor.

Resultate und Dauererfolge der vaginalen Totalexstirpation des Uterus.
Med. Diss. Jena 1912 von Rollin, Erich.

Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Tbc.
Med. Diss. Straßburg 1913 von Fidelhoz Assya.

Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus wegen Lungentbc.
Med. Diss. Berlin 1917 von Jakobs, Toni.

Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentbc.
Med. Diss. Kiel 1921 von Schomburg, Heinrich.

Die vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Prolaps.
Med. Diss. Göttingen 1922/23 v. Schröder, Kurt.

Lebenslauf

Ich, Josef Thomitzek, bin geboren am 25. 4. 1901 zu Schepankowitz, Krs. Ratibor. Zunächst besuchte ich 6 Jahre lang die Volksschule meines Heimatsortes, nachher das Königl. evangelische Gymnasium zu Ratibor. Nach Abtretung meines Heimatgebietes an die Tschecho-Slowakei ging ich auf das deutsche Staatsgymnasium in Troppau, wo ich im Juni 1922 die Reifeprüfung bestand. Oktober 1922 begann ich mein medizinisches Studium an der hiesigen Universität und bestand nach 5 Semestern meine ärztliche Vorprüfung. Nach weiteren 5 Semestern an der hiesigen Universität begann ich mit meinem Staatsexamen, das ich am 3. Februar 1928 beendete. Seitdem bin ich als Medizinalpraktikant auf der inneren Abteilung des Barmherzigen Brüderklosters tätig.

Ich bin preußischer Staatsangehöriger.

.....